

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Прусакова О.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Значительное увеличение женщин с эпилепсией, желающих иметь детей объясняет растущий интерес к проблеме ведения беременности и родов у этой категории больных. Однако эта проблема до сих пор изучена недостаточно. В основном изучались лишь неврологические аспекты течения беременности и родов у женщин страдающих эпилепсией, а также различные эффекты противосудорожных препаратов на беременную и плод. В то же время значимые акушерско-гинекологические проблемы течения беременности у женщин с эпилепсией их влияние на плод практически не обсуждались. Таким образом, несмотря на большой интерес к проблеме беременности у женщин с эпилепсией, многообразие существующих методов и подходов к изучению клинической картины, а также поискам эффективной терапии, многие аспекты течения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, остаются неизученными [1].

Цель. Провести оценку особенностей течения беременности и родов у женщин с эпилепсией, и разработать алгоритм по ведению беременности у

женщин, страдающих эпилепсией.

Материалы и методы. Обследована 71 беременная женщина, страдающая эпилепсией в возрасте от 14 до 40 лет, проходившие стационарное лечение в роддоме №3 УЗ «Витебская клиническая городская больница скорой медицинской помощи» в период с 2003 по 2009 годы. Все женщины, страдающие эпилепсией, наблюдались в отделении пароксизмальных состояний Витебского областного диагностического центра.

Результаты и обсуждение. Токсикоз первой половины беременности встречался у 15 (21,1%) беременных женщин, страдающих эпилепсией.

У 26 (36,6%) женщин была зарегистрирована угроза прерывания беременности в сроках 12 недель беременности и угрожающие преждевременные роды в 34-35 недель беременности у 22 (30,9%) беременных. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и хроническая гипоксия плода (ХГП) встречались у 34 (47,9%). Синдром задержки развития плода встречался у 4 (5,6%) женщины.

Многоводие диагностировано у 4 (5,6%) беременных с эпилепсией. маловодие было диагностировано у 8 (11,3%).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты была диагностирована у 8 (11,3%) основной группы.

Выводы.

1. Действия консультанта-гинеколога должны быть направлены на то, чтобы беременность у женщин, страдающих эпилепсией, была только планируемой.

2. Основными методами контрацепции у данного контингента являются барьерные методы, а в случае прекращения контрацепции при планировании беременности пациентка должна сразу принимать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки.

3. При компенсированном состоянии эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков наблюдение акушером-гинекологом, согласно протоколу МЗ РБ № 66 от 05.02.2007 г., должно осуществляться до 22 недель с частотой 1 раз в 4 недели, с 22 до 30 недель – 1 раз в 2 недели, после 30 недель – 1 раз в 7 дней. При повторяющихся припадках обязательна дополнительная консультация акушера-гинеколога после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением.

4. Динамическое скрининговое УЗИ плода нужно проводить уже в сроке 11-12 недель трансвагинально (для исключения дефектов нервной трубки, в частности анэнцефалии, и решения вопроса, при необходимости, раннего прерывания беременности). Целевое УЗИ плода необходимо провести в сроке 18-и недель, в этом случае дефекты нервной трубки могут быть исключены у 95% плодов. Для выявления врожденных пороков сердца показана эхокардиография плода в сроке 18-20-и недель.

5. При проведении УЗ-фетометрии необходимо учитывать факт определенной избирательности врожденных аномалий в соответствии с используемым противозипилептическим средством.

6. Учитывая риск развития врожденной патологии (все противозипилептические средства считаются потенциально тератогенными) обязательным является консультация генетика до 17 недель беременности.

7. При выборе места госпитализации беременных, страдающих эпилепсией, необходимо учитывать возможности лечебного учреждения в

проведении реанимационных мероприятий для матери и ребенка, если такие потребуются

Литература:

I Nulman I, Laslo D, Koren G , 1999; Ried S., Beck-Mannagetta, 1996